

Confédération
des Syndicats Médicaux Français

23 janvier 2013

Le contrat d'accès aux soins



Un contrat d'accès aux soins est désormais proposé aux médecins de secteur 2 et certains médecins de secteur 1, désireux d'améliorer l'accès aux soins de leurs patients et de bénéficier de certains avantages. Ce nouveau contrat conventionnel élaboré dans le cadre de l'avenant n°8, permet de solvabiliser les compléments d'honoraires en échange d'avantages sociaux. Voici son mode d'emploi.

En quoi consiste le contrat d'accès aux soins ?

Il s'agit d'un contrat dont le contenu est négocié nationalement entre l'Assurance maladie et les syndicats médicaux représentatifs signataires de la convention médicale, proposé à l'adhésion individuelle des médecins de secteur 2, et à certains médecins de secteur 1, notamment les anciens chefs de clinique (voir ci-dessous).

Le contrat d'accès aux soins est destiné à favoriser l'accès aux soins pour des patients en permettant que ceux-ci soient mieux remboursés.

La durée de ce contrat est de 3 ans et l'engagement du médecin adhérent est réversible. Il peut en sortir tous les ans à la date anniversaire de signature du contrat.

En échange de l'engagement à ne pas augmenter leurs tarifs et à maintenir leur part d'activité en tarif opposable, les médecins adhérents bénéficient d'avantages sociaux et de la cotation de toutes les majorations réservées au secteur 1.

L'assurance maladie s'engage à aligner le niveau de remboursement des médecins adhérents sur ceux exerçant en secteur à honoraires opposables (secteur 1), à les faire bénéficier des revalorisations des tarifs de remboursement applicables aux médecins en secteur 1, et à valoriser l'activité réalisée aux tarifs opposables en prenant en charge les cotisations sociales sur les honoraires correspondants.

Les complémentaires santé sont incitées à prendre en charge de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérant au contrat d'accès aux soins, lorsque le contrat complémentaire prévoit une prise en charge des dépassements.



Quels sont les médecins concernés ?

Les médecins qui peuvent adhérer au contrat d'accès aux soins sont :

> Les médecins de secteur 2 et les médecins titulaires du droit permanent au dépassement.

> Les médecins qui s'installent pour la première fois en libéral et qui ont les titres leur permettant de prendre le secteur 2.

> Les médecins de secteur 1 qui se sont installés avant le 1er janvier 2013 et qui ont les titres pour accéder au secteur 2.

Quels sont les médecins de secteur 1 qui pourront accéder au dispositif ?

Les titres qui permettent de signer le contrat d'accès aux soins sont listés à l'article 35-1 de la Convention de 2011 et des précisions sont apportées par la circulaire du 26 octobre 2011 de la CNAMTS :

> **ancien chef de clinique** des universités-assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n° 84-135 du 24 février 1984

> **ancien assistant des hôpitaux** dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique ;

> **médecin ou chirurgien des hôpitaux des armées** dont le titre relève du décret n° 2004-538 du 14 juin 2004 ;

> **praticien hospitalier** nommé à titre permanent dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique ;

> **praticien des hôpitaux à temps partiel** comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions et dont le statut relève des articles R. 6152-201 et suivants du code de la santé publique.

A partir de quelle date les médecins peuvent il adhérer au contrat d'accès aux soins ?

Médecins installés avant le 1er janvier 2013 :
adhésion entre le 1er janvier 2013 et le 30 juin 2013 :

> Les médecins de **secteur 2** et titulaire du droit permanent à dépassement installés avant le 1er janvier 2013

> Les médecins de **secteur 1** qui se sont installés en secteur 1 avant le 1er janvier 2013 et qui ont les titres pour accéder au secteur 2.

Médecins nouveaux installés (après le 1er janvier 2013) : 6 mois pour adhérer

> Les médecins qui s'installent, postérieurement au 1er janvier 2013, pour la première fois en libéral et qui ont les titres leur permettant de prendre le secteur 2, **ont 6 mois, à partir de leur date d'installation, pour adhérer au contrat.**

Après l'entrée en vigueur du dispositif, le médecin éligible peut adhérer au contrat à tout moment.

Quels engagements ?

Le médecin adhérent au contrat d'accès aux soins s'engage à :

> Ne pas augmenter ses tarifs pendant les 3 années du contrat

> Respecter son taux de dépassement moyen de 2012 recalculé (voir ci-dessous)

> Réaliser une part d'activité à tarif opposable égale ou supérieure à celle pratiquée avant son adhésion

> Respecter un taux de dépassement recalculé au maximum égal à 100% du tarif opposable de la Sécu.



En quoi consiste le taux de dépassement recalculé ?

Les médecins de secteur 2 qui adhèrent au contrat d'accès aux soins permettent à leurs patients d'être mieux remboursés en bénéficiant des mêmes bases de remboursement Sécu que celles appliquées pour le secteur 1.

Dès lors, le taux moyen des compléments d'honoraires du médecin adhérent est recalculé sur la base des tarifs remboursables du secteur 1 en appliquant les différentes majorations comme la MPC, les majorations applicables dans le cadre du parcours de soins comme la MCS ainsi que tous les modificateurs prévus dans la CCAM. Les rémunérations forfaitaires (médecin traitant, rémunération sur objectifs de santé publique) ainsi que les forfaits d'astreinte ou de régulation dans le cadre de la PDS ne sont pas prises en compte dans ce calcul.

Les calculs sont effectués sur la base de 2012.

Le niveau moyen de dépassement est ainsi rebasé au bénéfice du médecin.



Le médecin adhérent au contrat d'accès aux soins pourra conserver toute latitude pour moduler les compléments qu'il applique dans la mesure où il maintient sa **moyenne globale recalculée** constatée en 2012. **Le contrat ne plafonne pas les taux, et permet au médecin de continuer à moduler ses prix en fonction de la nature de ses actes.**

Exemple de calcul du taux de dépassement recalculé

	Honoraires remboursables (1)	**Honoraires totaux (2)**	**Dépassement (3) = (2)–(1)**	**Taux de dépassement**
Avant contrat (tarifs de remboursement du secteur 2)	150 000 €	230 000 €	80 000 €	53,3 %
Après contrat (tarifs de remboursement du secteur 1)	**165 000 €**	230 000 €	65 000 €	**39,4 %**

Pour cet exemple, avec une base d'honoraires remboursables de 150 000 €, le taux moyen de dépassement observé est de 53,3%. Après la signature du contrat, le taux de dépassement est recalculé en appliquant les tarifs de remboursement du secteur 1, hors rémunérations forfaitaires. De telle sorte que le volume des honoraires remboursables augmente est porté de 150 000 € à 165 000 €. Le taux moyen de dépassement recalculé passe mécaniquement à 39,4%.

Quels avantages ?

Pour le médecin :

Les avantages proposés en contrepartie au médecin adhérent au contrat d'accès aux soins sont :

> Le bénéfice des revalorisations des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur 1.

> La prise en charge des cotisations sociales sur les honoraires correspondant à l'activité réalisée aux tarifs opposables

Pour les patients :

Les patients du médecin adhérent sont mieux remboursés grâce à l'alignement des tarifs de remboursement par la Sécu sur ceux exerçant en secteur à honoraires opposables et une prise en charge privilégiée des compléments d'honoraires par les complémentaires santé.



Quelle est la durée du contrat ?

La durée du contrat d'accès aux soins est de **trois ans**. Le médecin adhérent peut le résilier chaque année à la date anniversaire de sa signature. Il retrouve alors son secteur d'origine, c'est-à-dire, celui dans lequel il exerçait avant de signer.

Comment adhérer au contrat d'accès aux soins ?

Le médecin doit déclarer son souhait d'adhérer au contrat d'accès aux soins auprès de la CPAM ou de la CGSS de son lieu d'installation. Pour cela, il faut qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal le formulaire type, que celle-ci lui fournira rempli par lettre recommandée avec accusé réception. Il doit y joindre un état de sa pratique tarifaire sur l'année 2012. Cet état est mis à sa disposition par la caisse.

La caisse va enregistrer l'adhésion à la date de réception de la lettre et va adresser au médecin un courrier qui atteste de l'enregistrement.

Le Gouvernement ou le Parlement peuvent-ils modifier le contrat d'accès aux soins ?

Non. Il s'agit d'un contrat de droit privé qui ne peut être résilié que par un des deux signataires : le médecin ou la Caisse. Le médecin peut le faire tous les ans à la date anniversaire de signature du contrat. La Caisse, elle, ne peut le faire que si les engagements pris par le médecin ne sont pas respectés. Pour cela, elle doit se conformer à certaines règles très précises (voir ci-dessous).

Le médecin peut-il résilier le contrat d'accès aux soins ?

Oui. Le médecin qui a adhéré peut revenir sur son choix à la date anniversaire du contrat (ou de l'avenant, le cas échéant). Il doit en informer la caisse par lettre recommandée avec avis de réception.

La résiliation sera effective un mois après la réception du courrier par la caisse et à compter de cette date le médecin perd les avantages conférés par le contrat.

La Caisse peut-elle résilier le contrat d'accès aux soins ?

Si, à l'issue de deux trimestres consécutifs, la caisse constate le non-respect par le médecin de l'un ou l'autre des engagements souscrits dans le cadre du contrat d'accès aux soins, elle lui adresse un courrier d'avertissement qui signale :

- d'une part, les anomalies constatées ;
- d'autre part, le fait que si le non-respect des engagements est constaté à l'issue d'une année civile, une procédure de résiliation de l'adhésion pourra être mise en œuvre.



La procédure de résiliation du contrat d'accès aux soins par la Caisse

Si la caisse met en œuvre la procédure de résiliation, elle adresse un courrier au médecin par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure.

Le médecin dispose de 2 mois à compter de la réception du courrier pour faire connaitre ses observations écrites à la caisse. Il peut également dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants ou par la CPL, avec une possibilité d'appel en CPN. A l'issue du délai de 2 mois, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

A partir de la réception de ce courrier, la caisse met fin à la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales. Elle peut également engager une récupération des sommes versées au titre de l'adhésion au contrat d'accès aux soins.

NB : Cette procédure s'applique également lorsque la caisse constate dans le délai de 2 mois suivant l'envoi par la caisse au médecin d'un avenant au contrat d'accès aux soins, qu'il n'a pas été signé. La caisse lui adresse alors un courrier par lettre recommandée constatant l'absence de signature de l'avenant au contrat.

Quel est le secteur conventionnel du médecin si le contrat d'accès aux soins est résilié ?

Le médecin qui résilie le contrat d'accès aux soins retrouve son secteur conventionnel d'origine, c'est-à-dire celui dans lequel il exerçait avant d'adhérer au contrat.

La CSMF a voulu que les effets de ce contrat soient réversibles et que les médecins puissent conserver la possibilité, à tout moment, de revenir en arrière s'ils le souhaitent.

Tableau synoptique : le contrat d'accès aux soins

	Secteur 2	Contrat d'accès aux soins
Honoraires avec compléments	Tact et mesure	> Tact et mesure > Moyenne limitée à 100% du tarif Sécu > Gel des tarifs pendant la durée du contrat
Honoraires opposables	Actes réalisés en urgence, CMU et ACS	> **Actes réalisés en urgence, CMU et ACS** **- avec prise en charge des cotisations sociales sur toute l'activité en tarif opposable**
Tarifs	Tact et mesure	> **Application des majorations du S1** > **Revalorisations tarifaires S1**
Remboursement	Sécu : 70% du tarif conventionnel Complémentaires : selon contrat	> Sécu : alignement des tarifs de remboursement sur le S1 > **Complémentaires : oui**

	Secteur 1	Contrat d'accès aux soins
Honoraires avec compléments	Aucun	> Définis selon moyenne régionale de la spécialité ou nationale si spécialité à faible effectif > Tact et mesure
Honoraires opposables	Totale CMU et ACS	> 30 % de l'activité, dont actes réalisés en urgence, CMU et ACS



Les réponses aux questions que vous vous posez

1. Comment savoir si j'ai intérêt ou pas de souscrire à ce contrat ?

C'est avant tout **une question individuelle** à regarder selon ses objectifs personnels, sa pratique et sa patientèle. Les médecins de secteur 2 qui ont des dépassements modérés (inférieurs ou égaux à 100% du tarif Sécu sur la base des tarifs en secteur 1), et ont une part importante de leur activité en tarif opposable, y ont franchement intérêt sur le plan financier.

La prise en charge des cotisations sociales sur la part opposable peut se révéler particulièrement intéressante, surtout dans le contexte d'une aggravation généralisée des prélèvements sociaux. Le montant moyen d'allègement de cotisations sociales est évalué à 4 300 € par an et davantage selon la nature de l'activité.

D'autre part, les médecins en secteur 2 adhérents bénéficient de toutes les revalorisations tarifaires pour le secteur 1.

Voici la liste des revalorisations qui entreront en application au 1er juillet 2013 :

- > Application de la majoration forfaitaire de 5 € sur les actes cliniques (C, CS, C2, CNPsy, CSC, V,...) pour les patients âgés de plus de 85 ans (et de plus de 80 ans au 1er juillet 2014) ;
- > Le C2 consultant pourra être coté tous les 4 mois au lieu de 6 mois ;
- > Le forfait annuel du médecin traitant est fixé à 5 € pour tous les patients non ALD ;
- > Une majoration de 5 € est créée pour les pédiatres pour les actes effectués chez les nouveau-nés grands prématurés et jeunes enfants atteints de maladie congénitale grave ;
- > 2 nouvelles consultations lourdes (cotées 2C) sont créés :
  - Une consultation de suivi de sortie d'hospitalisation en court séjour pour les malades atteints de maladie chronique grave ;
  - Une consultation de sortie d'hospitalisation (avant la fin du 2ème mois) pour décompensation d'une insuffisance cardiaque.
- > Une nouvelle étape de CCAM Technique pour les cardiologues (hors cardiologie interventionnelle), les dermatologues, chirurgiens, endocrinologues, hématologues, gynéco-obstétriciens, neurologues, généralistes, ORL, pédiatres, psychiatres, pneumologues, rééducateurs fonctionnels et rhumatologues.
- > Extension de l'application du coefficient K aux actes d'accouchement pour les secteurs 1 et dans le contrat d'accès aux soins, et celle des coefficients J et K aux praticiens de bloc sous contrat.

2. Comment connaître le niveau moyen de mes compléments d'honoraires ?

Les services de l'assurance-maladie contacteront chaque médecin concerné pour lui faire connaitre son taux moyen recalculé.

3. La Sécu va-t-elle imposer une baisse du niveau de mes compléments d'honoraires ?

Non. Ce n'est pas l'objectif du contrat d'accès aux soins. En revanche, du fait du relèvement des plafonds de remboursement sur ceux du secteur 1, et dans la mesure où vous vous êtes engagé à geler vos prix pendant la durée du contrat, le montant de vos compléments sera mécaniquement minoré (voir schéma ci-dessous), bien que la valeur globale facturée reste constante.

Secteur 2 — Contrat d'accès aux soins

La valeur reste constante pour le praticien.

Complément d'honoraire

Base de remboursement sécu



4. Sera-t-il possible d'appliquer des compléments d'honoraires au-delà du seuil des 100 % ?

Oui, puisque la limitation des compléments d'honoraires à 100 % prévue dans le contrat s'applique à la moyenne recalculée de votre activité, et non acte par acte.

5. Y a-t-il un quota obligatoire d'actes en CMU ?

Non. Simplement vous devrez maintenir votre part d'activité en tarif opposable (CMU, ACS, urgences) constatée au lors de la signature du contrat. Mais, et c'est une différence notoire, vous bénéficierez de la prise en charge de vos cotisations sociales sur cette part d'activité.

6. Que se passe-t-il pour les nouveaux installés ?

Pour les nouveaux installés la part d'activité en tarif sécu doit progressivement passer à 30%, et les compléments d'honoraires doivent être alignés sur la moyenne régionale constatée pour votre spécialité ou sur la moyenne nationale pour les spécialités à faible effectif (anapaths, néphrologues, médecins internistes et gériatrie).

7. Est-il possible de revenir en secteur 2 si le contrat ne me satisfait pas ?

Oui, pour pouvez sortir chaque année à la date anniversaire de la signature de votre contrat. Vous retournerez alors dans votre secteur d'origine.

8. Que devient l'option de coordination ?

L'option de coordination sera effective jusqu'à l'entrée en application du contrat d'accès aux soins, c'est-à-dire jusqu'au 1er juillet 2013. Les médecins adhérents à l'option de coordination ont intérêt à adhérer au contrat d'accès aux soins.

9. Comment faire savoir à mes patients que j'adhère au contrat d'accès aux soins ?

Il vous suffit de le mentionner sur la grille de vos tarifs affichée dans votre salle d'attente. D'autre part votre adhésion au contrat figurera sur votre fiche personnelle dans le site www.ameli-direct.fr que les patients ont la possibilité de consulter pour rechercher les coordonnées des professionnels de santé.

10. L'adhésion au contrat d'accès aux soins conditionne-t-elle l'installation ?

Il n'y a aucune interaction entre le contrat d'accès aux soins et l'installation. La liberté d'installation est maintenue sans changement.

Sylvie Fontlupt Communication - Illustrations : Fotolia© - Janvier 2013

Confédération des Syndicats Médicaux Français
79 rue de Tocqueville - 75017 PARIS
Tél : (33) 01 43 18 88 00
Fax : (33) 01 43 18 88 20